

5. Сырнева Т.А. Современное состояние профилактической работы в кожно-венерологических учреждениях / Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Уфимцева М.А. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2012. - №6. - С. 11-15.
6. Сырнева Т.А. Структура и объем профилактической работы в кожно-венерологических учреждениях / Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Уфимцева М.А. // Уральский медицинский журнал. - 2011. - №8(86). - С. 16-19.
7. Уфимцева М.А. Клинико-эпидемиологические особенности сифилиса на территориях Урала, Сибири и Дальнего Востока / Уфимцева М.А., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А. // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. - 2009. - Т. 2. - №2. - С. 68-73.
8. Quétel C., History of syphilis (Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990).
9. Rowley J. et al., Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections, 2008 (World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2012)
10. Stamm L. V., Global Challenge of Antibiotic-Resistant *Treponema pallidum*. Antimicrob. Agents Chemother. 54, 583–589 (2010).

УДК 656.7.08

**Ветошкина А.М., Мальгинова Е.И., Стародубцева О.С.
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АВИАКАТАСТРОФАХ.
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Vetoshkina A.M., Malginova E.I., Starodubceva O.S.
MEDICAL SUPPORT AT AIRCASTASTROPHES. REVIEW**
Department of dermatovenereology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: starod.olga@yandex.ru

Аннотация. В настоящей статье проведен анализ данных литературных источников об авиакатастрофах, организации и особенностях оказания медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях на авиационном транспорте, а также последовательность действий служб при авиакатастрофах.

Annotation. This article it is considered the analysis of the data of literary sources about the plane crashes, the organization and features of medical care for victims of emergency situations in aircraft transport, as well as the sequence of actions of services in plane crashes.

Ключевые слова: авиакатастрофа, санитарные потери, организация медицинской помощи пострадавшим.

Key words: plane crash, sanitary losses, organization of medical assistance to victims.

Введение

Мировая статистика свидетельствует, что почти 50% авиакатастроф происходят на летном поле. Например, в Свердловском аэропорту в 1990 году разбился ЯК-42, погибло 122 человека. А в 2010 году за пределы ВПП аэропорта Мангалур выкатился и загорелся самолёт, в результате аварии погибло 152 человека.

В остальных случаях катастрофы происходят в воздухе на различных высотах, и терпящее бедствие воздушное судно является причиной гибели не только пассажиров и экипажа, но и людей на земле. Так, в 1988 г. на жилые кварталы шотландского г. Локерби с высоты 10 тысяч метров упал Boeing 747 с 258 пассажирами на борту, вместе с ними погибли 15 местных жителей города. В 2017 году при заходе на посадку в аэропорт Манас на дачный посёлок Дача-Суу под Бишкеком рухнул авиалайнер Boeing 747. Погибли 39 человек — 4 члена экипажа и 35 местных жителей на земле. [1,2]

Ежегодно в происходит до 60 авиакатастроф, из которых в 35 гибнут все пассажиры и экипаж, находящиеся на борту. Статистические исследования 2147 аварий, случившихся с 1950 по 2004 г. включительно, свидетельствуют, что в 45% случаев причиной катастрофы является «человеческий фактор» — ошибки пилотов. Причины 33% авиакатастроф остались неустановленными. В 13% случаев — механические дефекты воздушного судна, 7% составляют неблагоприятные погодные условия, 5% — терроризм и воздушное пиратство, 4% — ошибки диспетчера, либо персонала, готовивших самолет к полету. 1% случаев — другие причины, например, птицы. [2,3,4,5]

Проанализировав характер авиационных катастроф, происходящих в наше время, лондонский «Экономист» приводит следующую характеристику аварий:

1. при разгоне самолета происходит 18%;
2. при взлете — 11%;
3. во время набора высоты — 7%;
4. при горизонтальном полете воздушного судна — 5%;
5. при последующем снижении — 3%;
6. при заходе на посадку — 12%;
7. во время посадки — 16%;
8. при приземлении — 24%.

Цель исследования - проведение обзора литературных источников и анализа данных по санитарным потерям в авиакатастрофах и особенностях медицинского обеспечения пострадавших.

Результаты и их обсуждение

Размеры санитарных потерь при авиационных катастрофах могут достигать свыше 90% от общего числа пассажиров и экипажа воздушного судна. Количество пострадавших зависит от типа, вместимости самолета и места катастрофы. По характеру поражений: 40–90% случаев составляют механические повреждения, шок — 10%, черепно-мозговые травмы — 40–60%, различные комбинированные и сочетанные поражения — 10–20%. Из них около 50% пострадавших будут в тяжелом состоянии, нуждающиеся в оказании экстренной медицинской помощи. [1]

Особенностью авиационных катастроф является гибель большого количества людей, а также санитарные и безвозвратные потери среди жителей при падении воздушного судна на территории городов, населенных пунктов.

Для организации медицинской помощи пострадавшим и выделении различных бригад необходимо учитывать следующие факторы: момент крушения воздушного судна, причину авиакатастрофы (взрыв топливных баков на стоянке, возникновение механического повреждения авиатранспорта при маневрировании). При возникновении аварии во время взлета воздушного судна преобладает комбустиологический профиль пораженных, а при посадке — травматологический и хирургический. Поэтому необходимо заранее спрогнозировать санитарные потери и выбрать соответствующий профиль бригад медицинской помощи.

Организация оказания медицинской помощи пострадавшим при катастрофах на авиационном транспорте. При крупных авиакатастрофах органом управления здравоохранением и территориальным центром медицины катастроф создается оперативная группа, которая занимается организацией медико-санитарного обеспечения, немедленно выезжает в зону ЧС и выполняет следующие задачи:

- 1.оценивает медико-тактическую обстановку,
- 2.организует встречу прибывающих медицинских сил, ставит им конкретные задачи, руководит работой, определяет: места пунктов сбора пораженных, места разворачивания мобильных медицинских отрядов; порядок оказания медицинской помощи; потребность в транспортных средствах, пути подъезда к пунктам сбора пораженных и пути их эвакуации до лечебных учреждений.

Для осуществления мероприятий по сохранению жизни пассажиров и членов экипажа при авиационных происшествиях в гражданской авиации созданы формирования: поисково-спасательная служба и аварийно-спасательные команды.

Поисково-спасательные работы проводятся с участием воздушных судов, оборудованных поисковой аппаратурой и комплектами спасательного снаряжения, а также наземными транспортными средствами повышенной

проходимости. При обнаружении воздушного судна определяются его точные координаты, выясняется состояние здоровья людей и размеры оказания необходимой помощи.

Аварийно-спасательная команда представляет собой медицинский расчет - персонал аварийно-технической базы, медсанчасти и вооруженной охраны аэропорта. Их задачей является оказание первой помощи на месте авиакатастрофы и подготовка к эвакуации, а также защита пострадавших от неблагоприятного воздействия внешней среды.

При возникновении авиационной катастрофы на территории аэропорта дежурный по связи диспетчерской службы передает оповещение о случившемся на станцию скорой медицинской помощи города и в лечебное учреждение, обслуживающее аэропорт.

На месте происшествия оказывается первая помощь в виде само- и взаимопомощи. По прибытии спасательных формирований оказывается помощь с использованием специального табельного оснащения, которая заключается в извлечении пораженных из воздушного судна, размещении их как можно дальше от охваченных пламенем транспортного средства и оказании необходимых мероприятий первой помощи.

Медицинский пункт аэропорта становится медицинским приемным центром, к которому прибывают врачебные бригады медицинской помощи. Здесь врачебная БСМП проводит сортировку и эвакуацию пострадавших в ближайшие лечебные учреждения. Пораженные с угрожающим жизни состоянием подлежат эвакуации в первую очередь в медпункт аэропорта. Эвакуация пострадавших в ЛПУ осуществляется санитарным транспортом в положении лежа, сидя, при обязательном сопровождении медицинским работником. Пораженные средней степени тяжести подлежат эвакуации на носилках или в положении сидя во вторую очередь. Легко пострадавшие эвакуируются в медпункт самостоятельно или в машине сидя. Первичная медицинская карточка и общий список больных (эвакопаспорт) являются основными сопроводительными документами.

В обязанности руководителя ликвидации медико-санитарных последствий ЧС входит: определение направления эвакуации пораженных различной степени тяжести; доведение соответствующей информации до персонала медицинских подразделений, осуществляющих эвакуацию. При большом удалении местных ЛПУ от района ЧС в зоне катастрофы развертываются этапы медицинской эвакуации для оказания первой врачебной или квалифицированной медицинской помощи.

В случае авиакатастрофы вне зоны аэропорта организация медицинской помощи пострадавшим зависит от местных условий, но в большинстве случаев после оказания первой медицинской помощи пострадавших перевозят в места сбора, исключающих повторное воздействие поражающих факторов. Оказание медицинской помощи пострадавшим, их лечебно-эвакуационное обеспечение

не имеют принципиальных различий от авиакатастроф в зоне аэропорта. [2,3,4,5]

Выводы

Катастрофы в гражданской авиации, кажущиеся очень частыми и драматичными по сравнению с другими транспортными происшествиями, характеризуются гораздо более скромными средними показателями санитарных потерь. Вместе с тем в авиационных катастрофах часто имеет место почти стопроцентная гибель экипажа и пассажиров, исключения здесь редки.

Исходя из приведенных выше сведений, можно считать, что при оказании медицинской помощи массовому числу пострадавших в авиационных катастрофах требуется в кратчайшие сроки привести в полную готовность все министерства и ведомства в зоне поражения, а также необходимы четкая скоординированность действий и распределение обязанностей по оказанию медицинской помощи пострадавшим на всех ее этапах.

Список литературы

1. Дзуцов Н. К. Медицинские аспекты транспортных катастроф. Катастрофы на авиационном транспорте (сообщение третье). / Ш. Л. Меараго. //Скорая медицинская помощь. – 2016. - №3. - С. 26 – 29.
2. Колесниченко П.Л. Медицина катастроф: учебник. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 440 с.
3. Левчук И.П, Третьяков Н.В. Медицина катастроф: Учебник. ГЭОТАР-Медиа. 2016. - 240 с.
4. Сахно И.И. Медицина катастроф: учебник. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 560 с.
5. Чиж И.М. Русанов С.Н. Медицина чрезвычайных ситуаций (организационные основы): учебник. – Москва: МИА, 2017 – 392 с.

УДК 616.5-083.4

Гурьевских Э.А., Мыльникова Е.С., Шубина А.С.
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ЗАЩИТЕ ОТ
УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ ЛУЧЕЙ

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Gurevskikh E.A., Mylnikova E.S., Shubina A.S.
ASSESSMENT OF THE ADHERENCE TO SUN PROTECTION IN
POPULATION

Department of dermatovenereology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation